

Formulario 007 CONFORMIDAD

Omint

(Completar todos los campos del formulario)

Fecha: ___/___/___

Apellido y nombre	N° de DNI
-------------------	-----------

Yo _____ con documento tipo _____ N° _____, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación

Prestador	
Período de la prestación Desde: ___/___/___	Hasta: ___/___/___

2. Prestación

Prestador	
Período de la prestación Desde: ___/___/___	Hasta: ___/___/___

3. Prestación

Prestador	
Período de la prestación Desde: ___/___/___	Hasta: ___/___/___

4. Prestación

Prestador	
Período de la prestación Desde: ___/___/___	Hasta: ___/___/___

Firma	Aclaración
-------	------------

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de: _____

Manifiesto ser el familiar/ responsable/ tutor y doy conformidad respecto a la/prestación/es detalladas precedentemente.

Firma del Titular o Tutor <small>(La firma deberá ser ológrafa. No se aceptaran imágenes)</small>	Aclaración
N° DNI	